** UMOWA - ZGŁOSZENIE**

Nazwa obozu ………………………………………………………………………………………………………………………..

Termin  **……………………………………………………….**

Zakwaterowanie …………………………………………………………

Wyżywienie **PEŁNE ( 3 POSIŁKI + PODWIECZOREK)**

Transport **AUTOKAR Z POLKOWIC, LUBINA, LEGNICY, GŁOGOWA – właściwe podkreślić**

Imię i nazwisko zgłaszającego …………………………………………………………………………………………………………………………………….. ………..

/rodzica lub opiekuna prawnego/

Adres …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon kontaktowy …………………………………………………………. email: ………………………………………………………………………..

DANE DO FAKTURY: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

JAKI ZAKŁAD PRACY DOFINASOWUJE WYPOCZYNEK:…………………………………………………………………………………………………..

**Zgłaszam udział następujących osób w powyższej imprezie:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Data urodzenia** | **Adres zamieszkania z kodem** | **Cena za osobę** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | SUMA:  |   |

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Sposób zapłaty: 🞏 przelew 🞏 gotówka

**KONTO:**

Biuro Turystyczne ADI

Monika Kierzyk - Ciszelska

ul. Skalników 49/2

59-101 Polkowice

ING Bank Śląski 17 1050 1575 1000 0092 0762 3753

|  |  |
| --- | --- |
| **Terminy wpłat:** | **Kwota do zapłaty:** |
| **Zaliczka płatna do dnia****5.04.20…r.** | DLA WSZYSTKICH OBOZÓW - 350,00  |
| **Dopłata do całości do dnia 31.05.20…r.** |  |

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią „Warunków Uczestnictwa” i akceptuję je. Potwierdzam prawdziwość danych zawartych w powyższej umowie-zgłoszeniu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i wizerunku uczestnika przez Biuro Turystyczne ADI , ul. Skalników 49/2 59-101 Polkowice – na potrzeby biura i zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z 29.08.1997r.

Polkowice ,.......................... ............................................ .........................................

 podpis klienta podpis i pieczątka

 przyjmującego zgłoszenie